UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 3

LA

FIÈVRE DE MALTE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1910

PAR

Eugénie GOROVENKO

Née à Saratow (Russie), le 6 Juin 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur,
LEENHARDT, Agrégé,
EUZIÈRE, Agrégé,
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, Successeurs
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

LA
FIÈVRE DE MALTE
CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 3

FACULTE DE MEDECINE

LA FIÈVRE DE MALTE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1910

PAR

Eugénie GOROVENKO

Née à Saratow (Russie), le 6 Juin 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

Examinateurs de la Thèse — CARRIEU, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur, LEENHARDT, Agrégé, EUZIÈRE, Agrégé, *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, Successeurs

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérap utique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse ;

MM. CARRIEU, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A CEUX QUE J'AIME

E. GOROVENKO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

E. GOROVENKO.

LA

FIÈVRE DE MALTE

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

La fièvre de Malte est actuellement à l'ordre du jour. Après être restée longtemps dans les cadres de la Pathologie exotique, les récentes publications ont montré sa fréquence dans diverses régions du Midi de la France.

Si la fièvre de Malte est surtout fréquente chez l'adulte, elle n'est pas exceptionnelle chez l'enfant. Dans ce dernier cas, le tableau symptomatique déjà complexe de l'affection qui nous occupe, peut prendre certaines allures par l'atténuation ou l'aggravation de certains symptômes.

Avant d'entreprendre ce travail qui constitue le dernier acte de notre scolarité, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux Maîtres de la Faculté de Montpellier.

M. le professeur Carrieu nous a fait le grand honneur de présider notre thèse. Son service de clinique à l'Hôpital-Suburbain a été pour nous la source d'un enseignement quotidien, aussi restera-t-il toujours dans nos souvenirs.

Nous remercions M. le professeur Estor, d'avoir bien voulu siéger à notre thèse. Son enseignement a toujours été pour nous très utile.

M. le professeur agrégé Leenhardt a eu la bonté de nous inspirer le sujet de notre travail, il a mis à notre disposition ses observations cliniques avec une bienveillance dont nous resterons toujours reconnaissant. Nous lui devons la connaissance de la pathologie infantile.

Nous remercions également M. le professeur agrégé Euzière.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les travaux relatifs à l'histoire de la fièvre de Malte peuvent se résumer schématiquement en trois divisions principales : C'est, au début, la découverte par Marston, du type clinique un peu spécial, qu'il avait pu étudier à Malte même, et qu'il appelle « *fièvre rémittente méditerranéenne* ». On peut noter à la même époque, les publications de Boileau, de Chartres, de Turrier, de Rumini, les discussions de médecins Italiens : Frédérini, Gallassi, et Tomaselli, Martini, etc...

Puis vient une seconde période que l'on pourrait appeler « *bactériologique* », qui fixe avec Bruce (1887-1893), l'identification de l'agent de la maladie : *micrococcus Melitensis,* qui établit avec Wright, la propriété dite agglutinative du sérum des facteurs anciens, ou récents du micrococque et qui par ce fait même, constitue le moyen spécifique de pratiquer le diagnostic à l'aide de la séro-agglutination. Dès cette époque, la fièvre de Malte, mise ainsi en évidence par la double épreuve du laboratoire et de la clinique, prend place dans la pathologie interne et les différents travaux relatifs à ce facteur étiologique et pathogénique en font une maladie bien connue et suffisamment étudiée.

Mais, dernière période de son histoire, il n'y a pas bien

longtemps encore, c'était seulement à titre d'infection exotique que les livres classiques en donnaient une description, et tout au moins en France, on était conduit à la considérer comme une entité morbide, excessivement rare, sinon exceptionnelle. Les épidémies récentes de Saint-Martial, de l'Hérault, du Gard, les communications de Wurtz, Danlos, Tannon, Cantaloube, Lagriffoul, Arnal, Roger, les thèses de Hayat, de Rousseau-Langwelt, permettent de la considérer comme une affection plus fréquente de ce que l'on a été tenté de croire et d'y ramener un assez grand nombre d'états pathologiques dont le diagnostic cadrait mal avec d'autres maladies connues.

C'est à ce moment que les recherches s'étant multipliées, on a pu assister à l'apparition de la Fièvre de Malte dans la pathologie infantile ; et sur ce point qui caractérise particulièrement notre thèse, il est aisé de faire rapidement le tour d'une bibliographie restreinte.

A ce sujet nous n'avons, dans les traités classiques, que le récent article d'Hutinel (Traité des maladies des enfants), faisant une description très brève de la fièvre de Malte infantile ; les observations mentionnées plus loin, sont très nombreuses. La plupart des auteurs considèrent du reste, la présence de cette affection comme très rare dans l'enfance ; c'est ce que précise Roger dans sa Revue générale de la *Gazette des Hôpitaux,* où il déclare que la fièvre de Malte est surtout une affection de l'adolescent et de l'adulte. On peut supposer qu'avec la systématisation plus répandue du séro de Wright, les cas observés se multiplieront. On peut, en tout cas, et dès maintenant, noter l'article de Haushalter dans la *Province médicale* de 1908 sur un cas de Fièvre Méditerranéenne chez un enfant de 3 ans ; le rapport de Gillot et Lemaire au Congrès d'Obstétrique et de Pédiatrie d'Alger (1909),

sur la fièvre de Malte des enfants ; la communication de Brault au même congrès ; la brève observation de Soulié dans le bulletin médical de l'Algérie. Signalons enfin les cas intéressants de pseudo-coxalgie méditerranéenne rapportés par Gillot.

Dans le livre de Cantaloube nous relevons enfin douze observations, intéressantes à titres divers.

C'est un peu bref, mais la littérature médicale n'est pas plus riche sur cette question. Il semble résulter de cette constatation qu'il serait bon de pratiquer le sérodiagnostic de Wright dans pas mal de processus infantiles, où le micrococcus melitensis peut être le facteur dissimulé de maladies restées imprécises comme diagnostic.

C'est pourquoi nous avons voulu joindre, avec quelques documents déjà connus, mais peu encore rassemblés, quelques observations que M. le professeur agrégé Leenhardt a eu l'obligeance de nous donner. Nous ajoutons deux observations inédites, dues à l'amabilité de M. le docteur de Grenier, une observations du docteur Blaufus et enfin deux observations personnelles prises dans le service de M. le professeur Baumel, pendant que M. le professeur Leenhardt en avait la suppléance.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Il n'y a pas lieu d'insister sur le caractère du micrococcus melitensis et sur le problème, que comporte son épidémiologie. Ils n'offrent rien, en ce qui concerne la pathologie infantile, de spécial, qui soit à signaler particulièrement. Nous passerons donc rapidement, n'en disant que le strict nécessaire.

Voilà comment on peut résumer les traits caractéristiques du micrococcus mélitensis.

Isolé par Bruce en 1887.

C'est un microbe rond, court, un peu ovale, de dimensions très petites ; cultivé sur gélose, il forme de petites colonies de diplocoques, en petites chaînettes, ou encore en amas irréguliers.

Le micrococcus melitensis est un anaérobie ; il ne prend pas le Gram ; pousse aux environs de 37°, se développe en 3 jours.

Son meilleur milieu de culture est la gélose, où il pousse en « *blanc de perle* » ; il vit mal sur la gélatine, pas du tout sur la pomme de terre ; ne coagule pas le lait, ne produit pas d'indol, ne fait pas fermenter le sucre. De vitalité faible, le micrococcus résiste peu à la chaleur, à la sécheresse, au soleil et aux acides. Il persiste davantage dans la terre, les poussières, l'eau de mer, les vêtements, le lait,

surtout les urines et parfois les fécès des malades. Le micrococcus sécrète des toxines hémolytiques pour les globules rouges ; on le trouve dans le sang, les urines, plus rarement dans les fécès des sujets atteints de fièvre de Malte. L'inoculation aux animaux se fait aisément; l'injection intra-cérébrale tue le cobaye. Le cheval, le mulet, la vache et la chèvre sont surtout sensibles. Chez le singe aussi l'inoculation sous-cutanée est possible.

Certains animaux, comme les chèvres, présentent une infection spontanée, surtout signalée dans l'épidémie de Saint-Martial par Aubert, Cantaloube et Thibaud, et caractérisée par des avortements. Le lait et le sang de ces animaux agglutinaient le bacille.

Les causes occasionnelles de la maladie sont différentes suivant les pays : Endémique dans certains, comme Malte, Sicile, Algérie, Tunisie, etc., elle est épidémique dans d'autres (Saint-Martial).

On a signalé sa plus grande fréquence en été ; mais Cantaloube renverse cette formule d'après ses données. Toutes les races y sont également prédisposées. Certaines professions y sont plus sujettes. Enfin la question d'âge qui concerne surtout le sujet de notre thèse, sera développée plus loin. Ces données générales une fois brièvement fixées, un problème intéressant se pose : Y a-t-il chez l'enfant, un âge qui semble plus apte à contracter l'infection maltaise ?

L'analyse des observations qu'a réunies notre thèse ne semble pas le démontrer bien nettement. Peut-être plus tard, les cas étant plus nombreux, pourra-t-on le préciser davantage et le mettre en parallèle avec la bénignité ou la gravité de l'affection.

D'après Manson, le maximum de fréquence serait entre 6 et 13 ans. Gillot et Lemaire placent les extrêmes des

cas qu'ils ont pu constater entre 1 et 12 ans, et cela dans une proportion de 7 pour 100 de cas. Cantaloube rapporte l'observation d'un nourrisson de 20 mois. La maladie pourrait être plus précoce encore puisque Williams rapporte le cas d'un enfant de quelques jours, sous le titre de « *Mediterraneans fever infection in utero* ». Mais ce dernier exemple sort un peu du cadre de notre thèse.

Si nous passons nos observations en revue, nous trouvons respectivement que Haushalter signale un cas de trois ans ; Gillot un de treize ans, de dix ans, et de vingt mois ; Soulié, de deux ans. Dans les douze cas prélevés dans le livre de Cantaloube, il faut énumérer deux observations de trois ans, une de cinq ans, une de sept, une de huit, une de douze ans, trois de douze ans, et une de treize, quatorze, et quatorze ans et demi.

Les deux observations fournies par de Grenier, sont relatives à deux enfants de 12 et 9 ans.

Celles que nous a données M. le professeur Leenhardt, correspondent à des enfants de trois ans et demi, quatre ans, quatre ans et demi, neuf ans, quinze ans.

Enfin chez les trois petits malades que nous avons observés dans le service de M. le professeur Baumel, les âges respectifs étaient de 6 ans, 12 ans et 2 ans et demi. Il n'est point besoin d'insister pour montrer comment avec de tels exemples il est absolument impossible de déterminer une fréquence particulière à un âge quelconque de la vie de l'enfant. Un autre problème, concernant encore les moyens d'infection chez les tout jeunes enfants, pourrait être posé ici : bien qu'il nous faille tabler plutôt sur une discussion théorique que sur les observations que nous rapportons, quel serait le rôle offensif d'une nourrice atteinte d'infection maltaise vis-à-vis d'un nourrisson bien portant ? Il est en effet bien prouvé que le mi-

crococcus melitensis peut passer dans le lait maternel, qui peut ainsi être le vecteur d'un germe capable d'infecter l'enfant allaité. Cette question a été posée et résolue au Congrès d'obstétrique et de pédiatrie d'Alger (1901), par Gillot et Lemaire.

Ces deux auteurs émettent le vœu que, le microbe passant dans le lait maternel, il y ait lieu de suspendre l'allaitement chez les femmes atteintes de fièvre de Malte.

Nous n'avons pas, en tout cas, retrouvé d'observations où une nourrice malade aurait, par l'intermédiaire de son lait, contaminé son nourrisson. Il est, du reste, un fait assez souvent noté dans la fièvre de Malte : c'est l'arrêt fréquent de la sécrétion de certaines glandes et notamment de la glande mammaire.

Nous devons pourtant signaler la remarque que nous faisait dans une lettre le docteur de Grenier, au sujet d'une de ses malades qui « *avait continué à nourrir sa fillette de 7 mois,* sans que celle-ci ait contracté la maladie » ; preuve que la sécrétion mammaire n'est point toujours forcément tarie et n'est pas non plus invariablement contagieuse.

Un second point peut se poser encore en ce qui concerne plus particulièrement la pathologie du nourrisson ; c'est l'allaitement artificiel par le lait de chèvre. Chez l'enfant, le lait demeurant le seul élément convenable de la nutrition, il devient bien plus dangereux que pour l'adolescent ou l'adulte, qui n'en fait qu'un aliment secondaire, ou d'exception. Cantaloube rapporte, du reste, le cas d'un nourrisson de 20 mois, chez qui il peut poser cliniquement le diagnostic de fièvre de Malte, et qui prenait le lait cru d'une chèvre infectée. Telles sont les quelques particularités étiologiques et pathologiques que l'on peut relever dans la fièvre de Malte infantile.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Pour avoir une idée exacte de ce que peut être la fièvre de Malte chez l'enfant, il faudrait certainement un nombre bien plus considérable d'observations que celui dont nous disposons.

Nous nous bornerons donc à passer en revue les symptômes saillants et qui semblent se répéter dans plusieurs observations en les comparant à ceux de l'adulte et en les comparant entre eux. S'ils ne suffisent pas à caractériser l'allure de la maladie infantile et s'ils sont trop peu marqués pour constituer des formes particulières, ils pourront tout au moins orienter les travaux futurs, en une tendance, qui les rendra plus profitables.

Il nous faut par conséquent décrire dans ses grandes lignes, la fièvre de Malte telle qu'elle est actuellement bien connue chez l'adolescent et l'adulte, tout en rappelant que « *sa règle est de ne pas avoir de règle* » (Giuffie) ; et par conséquent qu'il peut paraître téméraire d'en tracer un tableau qui puisse toujours se rapprocher de la réalité pathologique. Dans Cantaloube, du reste, le polymorphisme indiscutable de la maladie, « *s'appliquait surtout aux lésions et beaucoup moins aux symptômes* » ; dans un ensemble symptomatique il a rangé : les sueurs profuses, les douleurs, les troubles intestinaux, l'asthénie, non pas à titre de symptômes séparés, différents les uns des autres,

mais comme agrégat, présentant alors une unité nosologique bien distincte.

En passant simplement appareil par appareil, nous préciserons surtout les points que nous rechercherons de préférence dans la pathologie infantile.

I. — Fièvre de Malte chez l'adolescent ou l'adulte

A. — Une des premières caractéristiques, la moins accusée pour certains, est la *fièvre,* caractéristique par sa durée, par ses ondulations séparées, par les périodes plus ou moins longues d'apyrexie complète. L'apyrexie ne dépasse pas, en général, 39°5 ou 40°.

Malheureusement, elle n'évolue pas toujours de façon aussi régulière et schématique ; elle mérite davantage le qualificatif de *fièvre folle* (Schoull), ou fièvre à *surprise* (Cantaloube). Du reste, un point à préciser, c'est que la fièvre de Malte voit parfois ses phénomènes symptomatiques se développer sur un malade à pyrexie normale. Et pour décider de la durée de la maladie, il faut non seulement voir la disparition de la fièvre, mais encore celle de toutes les manifestations pathologiques, qui peuvent parfois survivre au rétablissement normal de la température.

Ceci étant posé, on peut aussi donner la marche habituelle dans les cas majeurs : une *incubation* d'une dizaine de jours, que caractérisent des signes de pseudo-typhoïde, avec prédominance de constipation, de sueurs profuses, des phénomènes douloureux. Puis une *période d'état* très fortement asthénique, évoluant par poussées successives, sous forme de rechutes, et dont la durée est très variable. Enfin, une convalescence traînante (élément qui semble bien caractériser l'infection maltaise) et particulièrement sensible à l'établissement de complications multiples.

La durée totale de la maladie est dans la moitié des cas de deux mois ; dans un quart, de trois ans ; des durées beaucoup plus longues et capricieuses remplissent les autres cas.

Telles sont les quelques données consacrées à l'allure générale de la maladie ; la fièvre ondulante pouvant encore, dans des cas plus rares, revêtir le type, soit intermittent, soit continu.

B. *Troubles digestifs.* — La langue, d'abord chargée et épaisse, très saburrale, devient sèche, fissurée, parfois saignante vers la fin de la maladie. Les vomissements sont fréquents, les hypertrophies hépatiques et spléniques sont assez souvent signalées.

Mais, ce qui domine, en général, c'est la *constipation* (81 pour 100). Pour Cantaloube, la constipation opiniâtre n'existe que dans un tiers des cas. La diarrhée, plus rare, n'est pas en rapport avec la bénignité ou la gravité de l'affection ; signalons encore l'hypersensibilité épigastrique.

C. *Troubles nerveux.* — Le syndrome douloureux fait partie du syndrome de Malte ; algies diverses, surtout musculaires ou articulaires, passibles d'erreurs de diagnostic ; névralgies diverses. D'autres manifestations nerveuses sont plus rares et s'éloignent du cadre essentiel de la maladie.

D. *Autres manifestations.* — Citons, du côté de l'appareil circulatoire, la lenteur du pouls, la fréquence des hémorragies, le fonctionnement convenable, en général, du myocarde.

Du côté de l'appareil urinaire, albuminurie légère, oligurie peu prononcée et c'est tout.

Enfin quelques signes de bronchite et d'anémie banale ; quelques complications glandulaires, articulaires des éruptions cutanées, constituent, en somme, des exceptions.

Restent deux symptômes, satellites fidèles du Malte : les *sueurs* et l'*asthénie*.

Les *sueurs* sont généralement très abondantes ; elles mouillent le linge, l'oreiller, les matelas. Leur fétidité, qui rappelle parfois celle de la paille putréfiée, serait, pour Hugues, un élément caractéristique. Elles se produisent surtout la nuit, entre une et deux heures du matin. Cantaloube les a notées 113 fois chez 151 malades.

Enfin, l'*asthénie*, qui a un degré variable, n'épargne guère le malade (*Fièvre de Malte asthéniant toutes ses victimes*), et qui parfois se rencontre dans les cas « *vierges d'autres symptômes* ».

Dans les cas graves, elle se rapproche de celle du typhus, bien que certains auteurs tendent à l'en différencier, sans nous mettre au courant de leur méthode de différenciation. Voilà donc, sommairement ébauchées, les grandes lignes de la fièvre de Malte de l'adulte. Nous reprendrons chacun des termes que nous avons précisés pour les restaurer dans nos observations, et voir s'ils se rapprochent ou s'éloignent de la fièvre de Malte infantile.

II. — Manifestations de la fièvre de Malte infantile d'après nos observations

A. — Pour ce qui est de la *fièvre*, en passant en revue nos observations, nous trouvons :

1. Pas de mention du degré thermique ; la fièvre est simplement indiquée, sans que l'on puisse en inférer la gravité ou la bénignité (obs. 2, 3, 5, 6, 7, 18).

2. Fièvre probablement légère, les malades ne s'étant que peu ou point mis au lit (obs. 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

3. Fièvre oscillant entre 37 et 37 degrés (obs. 3, 19, 21, 23, 24).

4. Fièvre atteignant 29 degrés (obs. 1, 8, 10, 17, 22, 26).

5. Pas de fièvre (obs. 20, 25, 27).

Si l'on tient compte, dans les observations 8 et 10, de la présence d'une pneumonie dans un cas, et d'une congestion hépatique dans l'autre ; si l'on remarque que les malades 1 et 22 ont présenté une localisation méningée ; que le 26 n'a eu de fortes températures qu'à trois reprises seulement, il semblerait légitime, non pas d'affirmer, mais de se demander si le degré thermique de la maladie, tout au moins d'après nos observations, ne serait pas légèrement inférieur à celui de 39°5, que nous avons signalé chez l'adulte.

B. — Au point de vue de la *durée de la maladie*, nous n'arrivons pas à établir une moyenne bien précise ; nos vingt observations peuvent ainsi être démembrées :

Pour *trois* d'entre elles, la durée de la maladie n'a pas été précisée ; ce sont les observations 14, 15, 16.

Puis on a, en allant de la durée la plus restreinte à celle qui fut la plus longue :

Durée de 2 à 3 semaines (obs. 3) ;
Durée de 1 mois (obs. 2, 6, 9, 18, 26, 27) ;
Durée de 2 mois (obs. 19, 20) ;
Durée de 3 mois (obs. 10, 21, 22) ;
Durée de 4 mois (obs. 3, 28, 12) ;
Durée de 5 mois (obs. 7, 11, 13, 23) ;
Durée de 6 mois (obs. 24) ;
Durée de 8 mois (obs. 17) ;
Durée de 14 mois (obs. 1).

Les cas 8 et 9 sont mentionnés comme étant encore en évolution au moment de leur publication. On peut, tout au moins, leur accorder une durée minimum de trois mois et un an.

Par conséquent, sur 22 cas, il faut particulièrement relever les chiffres de cinq mois, de quatre mois, de trois mois et de un mois, qui comprennent seize cas ; sur ces seize cas, il en est six dont la durée ne dépasse pas un mois, et peut-être leur faut-il adjoindre les trois observations (14, 15, 16), où il n'est noté que des manifestations peu généralisées et peu intenses.

Sans conclure, par conséquent, à durée plus brève chez l'enfant que chez l'adulte, il faut constater un pourcentage assez net en faveur des formes par trop prolongées. Mais, nous répétons ici encore que les observations publiées ne sont pas assez nombreuses pour donner à ces résultats une valeur autre qu'une simple constatation. Pour ce qui concerne les types de fièvre et le nombre des rechutes, la statistique est là encore trop restreinte.

C. — C'est surtout au point de vue *intestinal pur,* que les observations comportent une certaine précision. Notons, dans les observations de M. Leenhardt, la fréquence de l'état saburral prononcé de la langue, rappelant, en somme, la langue de l'embarras gastrique (observations 19, 20, 24, 28). L'état saburral se retrouve encore dans nos observations 25, 26, 27.

Dans le cas de Haushalter (obs. 1), la langue est donnée comme blanche ; dans les autres observations, on ne fait point mention de ces modifications.

Par contre, les vomissements, qui sont signalés comme fréquents chez l'adulte, ne se trouvent ici mentionnés que trois fois (obs. 24, 26, 27). Dans cette dernière, le vomissement est presque monosymptomatique.

Les troubles intestinaux donnent au symptôme *constipation* une assez grande prédominance. On peut le ranger sous trois chefs principaux. Dans certains cas, l'état intestinal est noté comme normal ; ce sont les observations 5, 6, 8, 9, 14, 15, 16.

Dans d'autres, c'est la diarrhée, surtout jaunâtre et fétide (obs. 2), tantôt évoluant par alternatives, avec des phénomènes de constipation (obs. 2, 10, 13).

Mais l'on peut dire que, dans une très forte proportion, c'est la constipation qui domine, une constipation qui résiste à tout, et dont l'opiniâtreté constitue l'élément caractéristique. Le ventre est tendu, ballonné, parfois douloureux. Toutes les ressources de la pharmacopée sont mises inutilement en jeu, depuis l'action purement mécanique des lavements et des suppositoires, jusqu'à l'action plus énergique du calomel, de l'huile de ricin à doses fortes et répétées.

Il semble, en relisant les observations de fièvre de Malte chez l'adulte, que la constipation, qui est signalée comme extrêmement fréquente, ne revêt pas, comme ici, un caractère d'une telle persistance, et nous serions assez facilement amenée à la considérer comme un symptôme important dans la fièvre de Malte chez l'enfant.

C'est en tout cas une manifestation que nous voyons se préciser et s'affirmer dans 16 de nos observations (obs. 3, 4, 7, 11, 12, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27).

Dans l'observation 10, nous avons mentionné l'alternative de diarrhée intermittente et de constipation. Dans les quelques observations de diarrhée, l'élimination liquide des matières fécales peut souvent être considérée comme de brusques décharges de matières stercorales accumulées pendant plusieurs jours dans l'intestin.

Au point de vue des manifestations hépatiques et splé-

niques, nous ne notons qu'une seule fois la congestion hépatique bien nette (obs. 10). La rate, grosse et douloureuse, est plus fréquente ; nous la retrouvons mentionnée, notamment, dans les observations 1, 2, 4, 10.

Trois de ces cas ont évolué en Algérie, et l'on peut se demander s'il n'y avait pas, sous l'influence du paludisme, une prédisposition du tissu splénique à faire de la congestion. En tout cas, dans l'observation d'Haushalter, l'hypertrophie était telle que le diagnostic pouvait se prononcer avec assez de justesse en faveur d'une infection par l'hématozoaire (notion importante à signaler au point de vue diagnostic).

Telles sont les manifestations digestives qui se montrent de préférence à la lecture de nos observations, dans des cas de fièvre de Malte infantile. Nous insistons de nouveau sur la fréquence de l'état saburral de la langue, la constipation habituelle et son caractère d'opiniâtreté décevante.

D. — Bien que l'enfant réagisse très facilement par ses méninges et son cerveau, à de multiples infections, constatation facile à faire pour peu que l'on parcoure la pathologie de l'enfance, nous ne trouvons ici que deux cas très nets, non de réaction méningée banale, mais de méningite véritable. A part cela, parfois de l'énervement, quelques phénomènes douloureux encéphaliques légers, bien plus algies nerveuses que signes d'irritations méningées.

Mais la réaction méningée banale est rare ; nous avons, par contre, sur 27 observations, deux cas de méningites aiguës, très vraisemblablement de nature maltaise (obs. 1 et 22).

Le fait est à rapprocher de l'observation récemment

parue dans la *Gazette des Hôpitaux,* d'une infection méningée à séro de Wright positif. Et cette proportion de deux cas sur 27 nous paraît excessivement forte.

Enfin, nous rencontrons encore, comme dans la fièvre de Malte de l'adulte, des *algies nombreuses* : algies de la tête, algies des muscles, algies plus particulièrement des articulations (obs. 7, 8, 11, 13, 20, 21, etc.). Le symptôme douleur est largement représenté chez l'enfant, mais moins localisé dans ces formes que celui qu'on constate habituellement chez les malades plus âgés.

Les *sueurs* se trouvent assez souvent mentionnées dans nos observations, mais point avec le caractère de fétidité particulière que certains auteurs italiens voulaient constamment lui attribuer. Faut-il en cela les différencier de celles de l'adulte ? Nous ne le pensons pas. Cantaloube a suffisamment insisté sur l'absence fréquente de ce caractère, qu'on voulait presque immuable.

Elles sont, du reste, très variables comme intensité, et si l'on veut les hiérarchiser en allant des manifestations légères aux manifestations plus fortes, nous trouvons : pour les sueurs légères, les observations 9, 14 ; pour les sueurs d'intensité moyenne, les observations 4, 8, 12, 13 ; le pourcentage des sueurs profuses, soit localisées à une partie du corps, et principalement à la tête, soit généralisées à tout le corps, est le plus fort (obs. 3, 11, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26).

L'*asthénie,* qui constituait un des faits fondamentaux de l'infection, se réalise encore ici, et dans certaines observations, avec une intensité particulière, qui ne correspond du reste nullement, il faut le remarquer en passant avec l'allure générale de l'affection. Si quelquefois le malade est gai, en train et répond facilement aux questions, bien plus souvent il s'immobilise au lit, dans un état d'abatte-

ment et de prostration que ne peuvent pas expliquer d'autres symptômes (obs. 18, 19, 20, 21, 22, 27).

On peut rapprocher de cette asthénie un amaigrissement parfois considérable et rapide.

E. — *Quelques manifestations* particulières que la lecture de nos observations peut mettre en évidence :

Tout d'abord, l'*épistaxis*, signalée rarement dans les formes de l'adulte, et qui est relevée quatre fois (obs. 11, 13, 19, 23). Dans l'observation 13, elle est extrêmement abondante et se répète à de multiples reprises.

Puis l'apparition de convulsions, que nous aurions dû ranger parmi les manifestations de l'appareil nerveux (obs. 10) ; l'existence d'une pneumonie s'accompagnant de phénomènes laryngés (obs. 8) ; la présence enfin de pleurésie. Cette dernière complication est extrêmement intéressante, car elle simule absolument une sérite bacillaire (obs. 21). On peut même se demander si, à la faveur d'une infection maltaise, une infection tuberculeuse n'est pas venue se localiser sur la plèvre de notre malade. Cantaloube, dans sa forte statistique, déclare n'avoir jamais constaté de pleurésie à épanchement chez ses malades.

Dans sa « Revue générale », de la *Gazette des Hôpitaux*, Roger n'en fait même pas mention. Et, de fait, l'observation communiquée par le professeur agrégé Leenhardt pose un point d'interrogation au sujet d'une tuberculose hypothétique. Mais il ne semble pas que, par la suite, l'état général de la maladie étant excellent, il y ait une indication à poser affirmativement un tel diagnostic.

Il eût été intéressant d'examiner bactériologiquement et cytologiquement le liquide de l'épanchement pleural, mais la résorption fut assez rapide pour ne pas imposer la thoracenthèse et, par suite, le diagnostic demeure encore en

suspens, de la possibilité d'une pleurésie bacillaire, bien que la suite de la maladie puisse permettre de l'éloigner, tout au moins momentanément.

L'abcès de la cuisse, mentionné par Haushalter dans l'observation première, est très vraisemblablement dû à une infection banale, consécutive à l'injection quininique, et il n'y a pas lieu d'en parler.

Enfin, nous signalerons la fréquence des symptômes articulaires, évoluant souvent à titre de manifestations presque monosymptomatiques, et rendant possibles les erreurs de diagnostic et de pronostic.

Nous rencontrons l'arthrite séreuse (obs. 14) de la cheville gauche, l'arthrite suppurée de l'articulation métatarso-phalangienne (obs. 6). Ces modalités évoluent de façon bénigne et ne sont pas réellement graves.

Un fait que l'application du séro-diagnostic de Wright a bien mis en évidence, et qui est d'un grand intérêt clinique, est celui des *pseudo-coxalgies* d'origine maltaise.

Quatre de nos observations sont particulièrement édifiantes sur ce point (obs. 3, 4, 17, 18).

Elles se calquent, pour ainsi dire, les unes sur les autres. Certainement, on les a constatées chez l'adulte, mais l'arthrite de la hanche chez l'enfant est particulièrement importante à bien mettre en évidence, car il faut un esprit singulièrement averti pour écarter le diagnostic habituel de coxalgie et le remplacer par celui de manifestation d'origine maltaise.

Dans l'observation 3, l'immobilisation néfaste par un appareil plâtré crée une atrophie imméritée des muscles fessiers. Il est vrai que l'allure clinique est véritablement celle d'une coxalgie.

Dans l'observation 4, même cas clinique : la constatation seule de séro de Wright permet de modifier le diag-

nostic et de rendre à l'articulation destinée à être immobilisée, le libre jeu de ses mouvements.

Dans les deux observations inédites du docteur de Grenier, c'est encore avec l'allure de l'arthrite bacillaire que s'est présentée la maladie. C'est seulement l'esprit averti par une communication de Gillot (obs. 3 et 4), que le docteur de Grenier pensa à la possibilité d'une affection par le *coccus melitensis*, et que le vrai diagnostic put être posé.

En dehors de la séro-agglutination spécifique, rien au point de vue clinique ne peut faire le diagnostic, si ce n'est la présence de quelques autres signes d'infection générale, parfois assez vagues, élastiques, et la notion d'épidémicité ou d'endémicité.

CHAPITRE IV.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

a) Anatomie pathologique. — Nous n'avons de la fièvre de Malte chez les enfants qu'une seule autopsie, celle de Haushalter, et encore très incomplète. Elle ne nous montre que peu de chose, et nous renvoyons à l'observation première.

Par conséquent, il n'y a qu'à se reporter aux traités classiques sur la fièvre de Malte, si l'on veut se faire une idée par analogie de ce que doivent être les lésions chez l'enfant.

On peut alors les résumer ainsi :

Hyperémie de la muqueuse intestinale avec gonflement sans ulcérations de plaques de Peyer ;

Augmentation de volume des ganglions mésentériques ;
Hypérémie des reins avec néphrite glomérullaire ;

Congestion pulmonaire ;

Présence du *micrococcus melitensis* dans tous les organes et la plupart des milieux, sauf le cerveau et le liquide céphalo-rachidien.

b) Complications. — Le seul fait intéressant à noter, et qui a déjà pu s'imposer de la discussion de nos observations, est la rareté des complications dans la pathologie cardiaque. La desquamation cutanée a pu parfois être no-

tée ; il n'y a pas de forte complication urinaire, et pour ce qui est de l'appareil génito-urinaire, il fut normal et sans atteinte pathologique dans nos observations. Une éruption jambonée (obs. 9), une éruption scarlatiniforme (obs. 20), ont été signalées.

Les complications seraient donc plutôt rares, si nous nous en tenons aux documents que nous avons pu réunir.

c) Formes cliniques. — Il est bien difficile de constituer des formes cliniques d'après les observations.

Nous pouvons cependant mentionner des formes généralisées à manifestations méningées ou gastro-intestinales, et des formes mono-symptomatiques, des formes pseudo-paludéennes, pseudo-tuberculeuses, etc. C'est là le qualificatif spécial à donner à telle ou telle observation, plutôt que la manifestation d'une forme véritable.

Signalons, par conséquent, et sans tendre étroitement et méthodiquement à des divisions bien établies :

1) Une *forme paludéenne*. L'observation de Haushalter en est l'exemple le plus net : pays paludéen, manifestation thermique, énorme hypertrophie de la rate (obs. 1). L'observation 2 peut s'en rapprocher, mais elle est déjà moins édifiante ;

2) Une forme *polysymptomatique*, à allure gastro-intestinale, rappelant de près ou de loin la fièvre de Malte classique. Elle comprend elle-même trois subdivisions :

a) Des formes ambulatoires légères, sans symptômes bien prononcés. Le diagnostic se fait exclusivement par le séro de Wright ; la malade continue à évoluer presque normalement. Dans ces formes, une localisation particulière peut se produire, comme l'arthrite suppurée de l'observation 6 ;

b) Des formes mieux différenciées comme atteinte géné-

rale de l'organisme, mais d'intensité moyenne, évoluant suivant un mode de préférence monosymptomatique, ou plutôt à symptômes particuliers prédominants, comme les arthrites des observations 17 et 4, la pneumonie de l'observation 8, la pleurésie de l'observation 21 ;

c) Tantôt ayant une physionomie généralisée, plus nette, et pouvant évoluer sous l'allure d'un embarras gastrique simple (obs. 20), d'un embarras gastrique fébrile (obs. 17, 21, 23, 24), d'une typhoïde anormale (obs. 10, 19, 25) ;

3) Des formes graves, par l'atteinte de l'état général, intoxiquant parfois l'organisme de façon rapide et progressive, et donnant l'impression d'une invasion sanguine accentuée ; l'observation 22 en est le type ;

4) Au point de vue de la prédominance symptomatique, on pourrait encore créer des formes *pseudo-coxalgiques* (obs. 14, 16, 18), des formes *pseudo-méningées* (obs. 26), de véritables *méningites* (obs. 22, 1), des formes *convulsives* (obs. 10), et enfin des formes *apyrétiques* (obs. 20 et 27), qui montrent que le terme de fièvre de Malte indique non une maladie forcément fébrile, mais une infection qui peut réagir difficilement vis-à-vis de la température.

Nous ne trouvons qu'une pneumonie (obs. 1). Des convulsions (obs. 10), une pleurésie (obs. 21), quelques arthrites, et c'est tout.

En résumé, il y aurait peut-être là une différence à indiquer, sinon à établir, entre les formes de l'enfant et celles de l'adulte. Nous ne trouvons pas, tout au moins dans les cas encore mentionnés dans la science, tout le chapelet des complications signalées chez l'homme : les pseudo-abcès du foie, les pseudo-appendicites, les pseudo-occlusions intestinales. Le syndrome douleur est plus erratique, moins précis ; il n'y a pas de névralgie faciale, de sciatique. Les vomissements sont rares et nous n'avons

pas retrouvé cette congestion des sommets, décrite sous le nom de phtisie méditerranéenne, qui simule la tuberculose et expose à des erreurs de diagnostic, si l'on n'a pas présente à l'esprit la possibilité de fièvre de Malte.

A part l'épistaxis, plus fréquente peut-être que chez l'adulte, nous n'avons pas rencontré les multiples manifestations des syndromes hémorragiques. Quelques palpitations douloureuses et de l'arythmie ont été notées dans l'observation 28.

d). Evolution. Pronostic. — Ils tiennent en ces quelques remarques que nous avons déjà fixées : rareté des complications, fréquence de formes de moyenne intensité. Il n'y a à signaler que la présence de deux syndromes méningés mortels sur notre statistique de 27 cas. Donc, pronostic bénin dans la plupart des cas.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE DE MALTE CHEZ L'ENFANT

La lecture de nos observations indique déjà dans quel sens il faut orienter le diagnostic de la fièvre de Malte des enfants.

De par la présence du syndrome intermittent ou continu, s'accompagnant ou non de manifestations gastro-intestinales prédominantes, on peut penser à la possibilité du *paludisme* ou de cette gamme d'état infectieux qui va de l'embarras gastrique simple à la fièvre typhoïde confirmée.

Certaines modalités, moins bien précisées, ou presque mono-symptomatiques, sont souvent bien plus difficiles à diagnostiquer. Tant que la maladie ne se présente pas avec une allure suffisante caractéristique, avec un ensemble de symptômes bien spécifiques, on doit agiter l'hypothèse d'une fièvre de Malte et faire le nécessaire pour l'écarter ou l'adopter.

Du reste, bien que cela ne se retrouve pas dans nos observations, il est très probable que chez l'enfant comme chez l'adulte, deux infections peuvent s'associer sur le même terrain, l'une d'elles étant la fièvre de Malte.

Nous établirons particulièrement le diagnostic avec le paludisme et la dothiénentérie dans la fièvre de Malte mé-

dicale, avec la coxalgie dans les formes articulaires ou chirurgicales.

§ I. — Diagnostic par la clinique

Avec le *paludisme*. — L'observation de Haushalter montre quelles peuvent être les difficultés, tant que l'esprit ne s'est pas porté vers la possibilité d'une fièvre de Malte. En effet, la notion de la courbe thermique ne joue ici aucun rôle, le Malte pouvant être intermittent ou continu ; la rate peut être grosse dans les deux cas. Peut-être faut-il forcer davantage sur l'atteinte plus marquée du foie dans le paludisme. Le meilleur signe est peut-être l'épreuve thérapeutique de la quinine.

Dans la *fièvre typhoïde classique*, le diagnostic peut se faire aisément. La montée progressive de la température, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées, alors que dans le processus du microscope c'est plutôt la constipation et les sueurs qui constitueront une bonne indication à poser le diagnostic en dehors de la dothiénentérie. Mais, dans les formes anormales, le chef du problème est plus difficile à retrouver. Dans l'une et l'autre maladie, on peut retrouver des sueurs, de la constipation ou de la diarrhée. On a signalé les épistaxis du Malte, et certaines de nos observations les montrent comme assez fréquentes ; dans nos observations encore, la présence d'éruptions variables vient compliquer le tableau.

Par conséquent, si l'on table sur les symptômes considérés en particulier, le diagnostic est bien délicat. L'allure même de la maladie nous rapporterait des renseignements plus profitables. C'est, en dehors des cas typiques et anormalement prolongés, que l'asthénie, l'irrégularité de

la fièvre, la constipation opiniâtre, se manifesteront avec une prédominance particulière.

A plus forte raison, le diagnostic peut-il être hésitant entre la grippe à forme intestinale, où la présence de douleurs que nous retrouvons à chaque pas chez le malade est pour embarrasser encore ; mais en général dans la grippe, début plus brutal, évolution plus rapide. La convalescence est plutôt le moment où s'établissent les erreurs.

Parmi nos cas, il n'en est pas un qui eût pu simuler la tuberculose pulmonaire ou généralisée ; il n'est donc pas besoin de mentionner ici ce que nous trouvons mentionné pour certaines pseudo-phtisies méditerranéennes, rencontrées assez souvent chez l'adulte. Seule une mention particulière doit être faite des coxalgies, ou pseudo-arthrites tuberculeuses, dont les cas de Grenier et de Gillot sont très intéressants à noter.

Nous ne ferons pas le diagnostic local de l'ensemble de ces quatre observations ; il paraît assez légitime d'avoir pu penser pendant un temps plus ou moins long, à l'existence d'une arthrite tuberculeuse vraie ; c'est plutôt sur le caractère général de l'affection que pourra porter l'éclaircissement du problème. Et lorsque chez un enfant jusqu'alors en très bonne santé, sans hérédité, sans tare tuberculeuse, avec un ensemble d'asthénie, de constipation, de fièvre irrégulière, avec sueur, s'établit assez rapidement une symptomatologie de coxalgie, il faut avoir à l'idée la possibilité d'une action mélitensienne.

Nous tiendrons le même raisonnement pour celles de nos observations qui comportent la présence de pneumonie, de pleurésie, de signe d'infection méningée.

En somme, chaque fois que la maladie se présente avec un aspect un peu particulier, avec quelques symptômes

anormaux, on est en droit de penser au Malte et de rechercher les éléments autres que ceux de la clinique pour faire son diagnostic. Et ici apparaît le rôle du laboratoire.

§ II. — Diagnostic pour les méthodes de laboratoire

a) Elles peuvent prouver l'existence d'une infection maltaise par la recherche directe de l'agent de la maladie, soit dans le sang, soit dans les sécrétions pathologiques, comme dans l'une de nos observations.

Mais nous nous sommes plutôt servie des réactions spécifiques développées dans l'organisme, comme réaction contre le *micrococcus melitensis*. Sans doute, on pourrait employer la réaction de fixation, mais la séro-agglutination est suffisante.

A quel taux donne-t-elle des résultats suffisamment précis ? Les auteurs s'accordent à la considérer comme positive au 1/50. Mais il faut parfois la répéter durant le cours de la maladie, et certains de nos cas montrent, consécutivement à des examens négatifs, l'apparition tardive d'une réaction positive. La réaction se montre persistante, du reste, après la terminaison de la maladie.

La présence d'une réaction positive semble, à l'heure actuelle, le véritable élément de diagnostic spécifique. Et si l'on raisonne par analogie avec ce qui a pu être constaté chez l'adulte, les sérums tuberculeux et éberthiens sont d'un effet négatif sur une dilution de *micrococcus melitensis*.

b) Avec un séro de Malte positif, les autres méthodes de laboratoire seront employées pour déceler d'autres processus pathologiques : recherche de l'*hématozoaire*, *séro-diagnostic* de *Widal* et de *Cournsont*, *ophtalmo-réaction*

intra-dermo-réaction, injection de *tuberculine,* recherche dans les selles, le sang, les humeurs pathologiques des *microbes incriminés,* ou de leur réaction spécifique.

En cas de réaction méningée, il faut faire l'examen céphalo-rachidien.

c) En pathologie humaine, on a pu trouver des associations entre le Malte et d'autres affections, et ce par les méthodes de laboratoire, mais nous n'avons pas de pareil exemple à signaler dans nos observations chez les enfants.

CHAPITRE VI

THERAPEUTIQUE

Il n'est pas de médication systématisée ou spécifique qui soit signalée comme ayant été employée dans les formes de Malte infantile.

Nous voyons surtout une médication symptomatique, antithermique, antiseptique, stimulante et reconstituante. La quinine est sans effet.

Nous insisterons particulièrement sur la constipation opiniâtre, sur laquelle les différents moyens banaux n'agissent que très difficilement.

En dehors d'elle, une expectative armée nous paraît la meilleure des conduites à tenir. La prophylaxie de la maladie est la même que dans les formes d'adultes.

CONCLUSIONS

L'étude de nos 27 cas nous permet de conclure de la façon suivante :

La fièvre de Malte demande à être recherchée plus souvent qu'on ne le fait actuellement. Là est peut-être l'explication de pas mal de processus infantiles sur lesquels le diagnostic reste parfois hésitant.

Au point de vue étiologique, rien à signaler, si ce n'est la possibilité pour le nourrisson de s'infecter, soit par le lait d'une nourrice malade, soit par celui d'une chèvre infectée. Pour l'enfant, la question de l'âge où la maladie serait la plus fréquente n'est pas précisable.

La plupart des symptômes se calquent sur ceux de l'adulte. La maladie est de durée moindre. L'asthénie est généralement accentuée ; les phénomènes douloureux et les sueurs fréquentes ; les épistaxis ne sont pas rares. L'état saburral de la langue et le caractère très opiniâtre de la constipation, nous paraissent des symptômes très fréquents et assez particuliers. L'évolution est, en général, bénigne, les complications assez rares, puisque nous ne retrouvons que deux fois des vomissements, une fois une infection pleurale, deux fois des symptômes méningés. Les manifestations articulaires sont souvent notées.

Chaque fois qu'un processus pathologique évolue d'une façon anormale, dans un pays que l'on est en droit de soupçonner comme infecté par le micrococcus, il faut penser

à la possibilité d'une fièvre de Malte. Le diagnostic se fera bien plus par les méthodes de laboratoire que par les signes cliniques, La fièvre de Malte peut évoluer sous le masque d'un embarras gastrique fébrile ou apyrétique, d'une dothiénentérie anormale, de la grippe, du paludisme, de la méningite tuberculeuse. Il est une forme particulièrement importante à dépister : c'est l'arthrite, qui simule à s'y méprendre une coxalgie.

Il n'y a pas de médication spécifique. On doit tendre surtout à lutter contre l'opiniâtreté de la constipation.

OBSERVATIONS

Observation première

Haushalter. *Prov. Medic.* 1908.

X..., 3 ans, entré en clinique infantile en décembre 1904.

Père, 36 ans ; mère, 24 ans ; allèrent en novembre 1899 habiter la Tunisie, d'abord Bordj-Tauda, à 30 kilomètres de Tunis ; en novembre 1906, Sidi-Saleur.

L'enfant naquit en Tunisie et avait un an lorsqu'il fut amené, en novembre 1903, à Sidi-Saleur. Il commença par souffrir d'entérite grave, dont il guérit bien.

Il eut de la fièvre pour la première fois quinze jours avant le départ de la famille pour la France, en juillet 1907 ; dans l'espace de ces 15 jours, il eut 5 ou 6 accès fébriles ; le lendemain de son retour en France, nouvel accès ; durant les mois d'août, septembre, octobre, novembre, que l'enfant passa dans un village de Lorraine, pas de fièvre bien appréciable ; celle-ci fut remarquée de nouveau par la mère dans les premiers jours de décembre ; elle persiste jusqu'à l'entrée à la Clinique, le 13 décembre.

Etat actuel (13 décembre 1904). — Enfant gras, un peu bouffi ; bouffissure marquée surtout aux mains ; teinte blafarde de la face. Pas d'albumine dans les urines. Langue blanche ; pas de diarrhée ; pas de taches rosées. Rate

volumineuse, déborde de 4 à 5 cent. le rebord des fausses-côtes. Pas d'adénopathie.

La température demeure en plateau, aux environs de 39°5, durant cinq jours.

Séro-diagnostic au point de vue bacille typhique demeure négatif.

Songeant à une fièvre paludéenne, nous faisons, les 17-18, une injection sous-cutanée de 0,80 de sulfate de quinine. A partir du 18, défervescence. Pour prévenir de nouveaux accès, les 21, 22 et 23, nouvelles injections de 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Du 30 décembre au 5 janvier, apyrexie.

Du 5 janvier au 10, poussée fébrile d'intensité moyenne : 38°5 le soir. Un petit phlegmon de la cuisse se déclare au niveau d'une injection. La rate a considérablement diminué de volume et se perçoit à peine sous le rebord des fausses-côtes.

Sur ces entrefaites, l'enfant prend une coqueluche d'intensité moyenne, qui à son déclin se complique de congestion pulmonaire.

Vers le milieu de mars, l'enfant est repris par sa mère, toujours pâle, bouffi, triste, atone. Durant ce premier séjour, la recherche de l'albumine demeure toujours négative ; jamais nous ne pûmes déceler l'hématozoaire de Laveran ; plusieurs ensemencements, pratiqués avec le sang retiré par ponctions veineuses, demeurèrent également négatifs.

19 mai 1905. — L'enfant est amené par sa mère à la visite. L'aspect est toujours le même ; la rate est énorme ; depuis un mois, le médecin du village où réside actuellement l'enfant, pensant au paludisme, a fait huit injections de 0 gr. 20 de sulfate de quinine, mais, au dire de la mère, la fièvre revient presque chaque jour.

26 mai. — L'enfant est ramené à la visite ; la mère nous dit que l'accès fébrile arrive de deux heures à cinq heures ou à sept heures du soir ; des injections de quinine, pratiquées à neuf heures, n'ont pu empêcher l'accès.

29 juin. — Depuis sa dernière visite, l'enfant n'a pas cessé d'avoir de la fièvre ; le matin, il est apyrétique, mais vers cinq heures du soir ou dans la nuit, la température atteint 38 ou 39 degrés ; cependant, il a reçu une dizaine d'injections de quinine, et durant dix jours a pris journellement un gramme de quinine. Au moment de l'accès, l'enfant est un peu somnolent, puis devient très brûlant ; jamais il n'a de frisson ; à la suite de l'accès il transpire abondamment. Nous trouvons la rate très volumineuse ; la hauteur de la matité splénique est de 13 centimètres ; l'état général est plus satisfaisant qu'à la dernière visite.

La numération des globules blancs du sang nous donne : lymphocytes 2,66 pour 100 ; grands et moyens mononucléaires, 49 pour 100 ; polymorphes, 28,33 pour 100, soit 74 pour 100 de mononucléaires. Depuis sa dernière visite, la mère du petit malade a écrit au docteur Schoulle, de Tunis, qui l'avait soigné dès sa première enfance. D'après la description des symptômes, le docteur Schoull nous répond qu'il s'agit peut-être de fièvre méditerranéenne, à quoi nous n'avions pas songé.

10 juillet. — L'enfant est ramené à la clinique, pour y demeurer. Jamais, dit la mère, il n'a eu tant de fièvre ; le médecin du village a fait, depuis le 29 juin, cinq injections de quinine, et cependant la fièvre atteint, le soir, 40 degrés.

Nous voyons l'enfant assez gros, mais bouffie de la face et des mains ; la peau et les muqueuses sont déco-

lorées ; la rate, volumineuse, douloureuse à la pression, offre une matité de 14 cent. de hauteur.

Du 10 au 13 juillet, la température demeure entre 39 et 40 degrés ; puis, jusqu'au 25 août, elle oscille entre 37 degrés et 38°5, le soir, le pouls battant entre 120 et 140. Durant cette période, rien à signaler ; l'enfant est triste, a de fréquentes et abondantes sueurs, mais il se nourrit bien, et les selles sont normales.

Le 18 juillet, la numération des globules sanguins montre 1.829.000 globules rouges, 2.480 globules blancs ; la richesse globulaire est de 1.108.154, la valeur globulaire de 0,608,877.

Du 28 août au 5 septembre, la température oscille entre 37 et 38 degrés, atteignant 39 degrés un jour où l'enfant présente de l'amygdalite.

Du 5 au 16, période fébrile, avec 38 degrés le matin, 39 degrés le soir ; pouls entre 140 et 160 ; la pâleur est excessive. Une numération des globules blancs donne 61 p. 100 de lymphocytes.

Le 17, apyrexie.

Le 18, apparition de symptômes méningés, abattement profond, pauses respiratoires, puis agitation, plaintes, raideur de la nuque, strabisme ; température à 40 degrés ; accélération du pouls ; mort dans le coma le 22 septembre.

Autopsie. — Il n'a pas été possible, pour raison de famille, de pratiquer l'examen des centres nerveux. Pâleur considérable des organes ; pas de lésions macroscopiques du poumon, du cœur, de l'intestin et des reins.

Foie gros, pâle. Rate volumineuse, pesant 110 grammes, pâle.

Aucune lésion tuberculeuse des organes ou des ganglions.

Recherche bactériologique. — Recherche de l'hématozoaire du paludisme dans le sang reste toujours négative.

Pendant la vie, plusieurs ensemencements, pratiqués avec du sang veineux, retiré par ponction, demeurent stériles.

Deux fois nous fîmes des ensemencements avec le suc splénique recueilli par ponction pendant la vie : une fois l'ensemencement demeura stérile ; une autre fois, le milieu de la culture fut contaminé accidentellement.

Observation II

Docteur Maléo. *Bull. Méd. de l'Algérie.*

Enfant de 2 ans.

Fièvre intermittente, puis continue, enfin rémittente, avec hausse de température le soir.

Diarrhée jaune. Rate très légèrement hypertrophiée.

Séro-diagnostic de Wright positif à 1/1000.

Guérison au bout d'un mois.

Diète lactée. Traitement bains froids.

Observation III

Docteur Gillot. *Assoc. Franç. pour l'avancement des Sciences. Congrès* 1908.

Lubrano A..., âgé de dix ans.

D'une très bonne santé jusqu'au mois de janvier 1907, il fut pris, à cette époque, d'une maladie fébrile, avec alternative de petits frissons et de chaleur ; transpiration fréquente et de la constipation.

Il toussait un peu. De temps en temps, se produisait une légère rétroversion des symptômes, puis ceux-ci reprenaient. On avait dit à la mère qu'il s'agissait de grippe

prolongée. Cette soi-disant grippe durait deux mois, et l'enfant, du reste, qui ne restait pas alité constamment, allait beaucoup mieux, lorsqu'il fut pris d'une douleur dans le cou-de-pied droit. Celui-ci était un peu gonflé, et l'enfant ne pouvait se tenir debout. L'enflure ne tarda pas à disparaître, et la marche fut reprise, mais avec boiterie. On s'aperçut alors qu'il y avait une hanche paraissant plus haute que l'autre. C'était au mois de mars. Tout en boitant, l'enfant se plaignait de la hanche droite, et fut à cause de cela conduit à l'hôpital de Mustapha. Le diagnostic de coxalgie y fut établi et l'on appliqua un appareil plâtré, le membre étant maintenu en abduction légère, et le pied placé en rotation en dehors. C'était le 16 avril 1907. La douleur diminua, mais ne disparut pas immédiatement. Au bout de quatre mois, on enleva l'appareil. L'articulation coxo-fémorale était libre, non douloureuse, sans contracture musculaire de voisinage. Mais il y avait une atrophie considérable des muscles de la fesse, de la cuisse et de la jambe, sans trouble de sensibilité. L'état général était très bon. On laissa l'enfant marcher et courir à son aise. La boiterie, à cause de l'atrophie, persista pendant plus de cinq mois, mais en décroissant. Le 18 septembre, il y avait raccourcissement apparent et la marche se faisait le pied en dehors. Le 13 novembre, la marche était normale et l'enfant courait et grimpait très facilement les escaliers. L'atrophie musculaire disparut, ayant été causée assurément, par l'immobilisation prolongée, qu'une erreur d'étiologie avait fait réaliser.

L'enfant buvait du lait de chèvre.

Observation IV

Docteur Gillot. In-*idem*.

Au mois d'août 1907, se présentait à la consultation de la ville d'Alger une femme juive, Mme L..., avec son petit garçon, âgé de 20 mois. Elle avait perdu déjà un premier enfant, à l'âge de huit mois. Elle amenait son petit garçon, M..., qui après avoir marché normalement quelque temps, ne marchait plus depuis vingt jours. Il avait eu des transpirations, de la constipation, et un peu d'amaigrissement depuis plusieurs mois. Il se nourrissait assez bien cependant, étant incomplètement sevré et allaité au sein de sa mère.

L'examen médical fournit les signes d'une coxalgie droite indéniable : claudication, douleur spontanée et prolongée de la hanche, diminution du jeu de l'articulation, contracture musculaire, entraînant le bassin et des modifications de l'ensellure lombaire, abduction du membre, etc. L'enfant est pâle ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, mais une rate grosse. Mme L... est envoyée avec son enfant de la consultation de la ville à l'hôpital de Mustapha, où elle est placée salle Buillaud, numéro 30. Le diagnostic de coxalgie droite est alors porté sans hésitation par tous ceux qui examinent le malade. Cependant, la séroréaction montre une agglutination rapide à un centième, du micrococcus mélitensis cultivé en bouillon. Le docteur Gillot pense de suite à une arthralgie, due à la fièvre de Malte. Toute pose d'appareil de contention est évitée. On se contente de surveiller la régularité des selles et l'alimentation. La mère, qui a encore du lait, donnait le sein à son enfant de temps en temps, mais irrégulièrement, et depuis plus de dix mois lui faisait prendre des

bouillons et du café au lait. Elle lui donnait du lait de chèvre, acheté directement dans la rue Philippe, au chevrier qui mène ses bêtes lui-même à travers le quartier. Ce lait de chèvre n'était jamais donné qu'après avoir bouilli.

L'entrée à l'hôpital avait eu lieu le 27 septembre. De ce jour au 5 octobre, la température de l'enfant, varia de 36 degrés centigrades à 38°2. Elle se maintint normale aux environs de 37 degrés à partir du 5. Le 7 octobre, la hanche est moins douloureuse et les signes de coxalgie ont beaucoup diminué. L'enfant commence à se tenir debout. Quelques jours après, la mère put l'emmener, et la guérison complète survint rapidement, sans atrophie musculaire. Le séjour à l'hôpital avait été de 12 jours. Il faut donc estimer que la durée de la coxalgie a été ici de plus d'un mois. Le 3 octobre, l'examen du lait de la mère n'agglutinait pas le micrococcus melitensis.

Observation V

Cantaloube. Voir *Bibliographie.*

F. M... (Saint-Martial), 12 ans. Séro-positif. Buvait du lait cru et mangeait des fromages de chèvre. Quatre chèvres avortées, positives ; trois brebis négatives.

Ne garde le lit que 2 jours, en mars 1910. A éprouvé un malaise pendant 2 ou 3 semaines, et s'est plaint d'une légère douleur à la jambe gauche. Un peu d'inappétence. Pas d'autres signes, ni sueurs, ni constipation, ni desquamations, ni chute de cheveux, ni épistaxis, etc...

Observation VI

Cantaloube. In-*idem*.

A. G... (Sumène), 14 ans et demi. Séro positif.

Buvait du lait de chèvre et mangeait des fromages de chèvre. Une chèvre positive sur 4 avortées, un lapin positif.

N'a eu, de la fièvre de Malte, qu'un peu d'asthénie et quelques douleurs erratiques. N'a gardé le lit qu'une dizaine de jours en mai, pour une arthrite suppurée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Cette arthrite a évolué et guéri dans un total de 4 semaines.

Quelques douleurs erratiques dans les membres, surtout dans les membres inférieurs.

Observation VII

Cantaloube. In-*idem*.

V. P..., (Sumène), 14 ans. Séro positif.

Buvait du lait cru et mangeait des fromages de chèvre. Une chèvre positive sur trois avortées ; un lapin positif.

Début apparent : le 5 avril 1909.

Durée du séjour au lit : 2 jours, forme ambulatoire.

Durée de la maladie : 5 mois.

N'a eu comme témoin de sa maladie que l'asthénie très marquée, les douleurs (arthralgies sacro-iliaques et coxo-fémorales avec irradiations dans la cuisse), survenues à plusieurs reprises jusqu'en septembre ; la constipation (diarrhée pendant une semaine, en août). Chute d'un ongle. Pas d'orchite, d'épistaxis. Pas de desquamations, ni de chute de cheveux.

Observation VIII

Cantaloube. In-*idem*.

A. D..., (Sumène), 3 ans. Séro positif.

Buvait du lait que la mère assure avoir toujours fait bouillir. Une chèvre positive, non avortée.

Début apparent : le 1er février 1910.

Durée du séjour au lit : 3 mois (est encore en évolution).

Durée de la maladie (en évolution).

Début brusque le 1er janvier ; *pneumonie droite* ; vomissement, fièvre, 40°. Sueurs d'intensité moyenne, localisées surtout aux extrémités. Cet état se maintient jusqu'au 12 janvier. A ce jour, amélioration jusqu'au 17. Le 17, rechute, congestion du poumon gauche ; submatité. La fièvre qui était tombée, remonte et oscille à la normale (la nuit), à 39° (le jour, vers 9 heures du matin). Depuis le 17, cet état se maintient jusqu'au 20 février, avec des exacerbations et des rémissions peu accentuées. A partir du 20 février, amélioration lente. Dyspnée ; dysphagie ; quelques aphtes sur la langue et dans la bouche.

Aphonie. La toux et la voix sont complètement éteintes et la toux est douloureuse. Pas de ganglions. Rien sur les amygdales. (L'aphonie persiste du 15 janvier au 1er mars). Les variations de température sont très accusées ; la malade est *apyrétique la nuit,* avec sommeil calme ; pendant le jour, agitation, toux, fièvre, *Desquamation* légère ; chute de cheveux. Pas d'épistaxis.

Observation IX

Cantaloube. In-*idem*.

P..., (Sumène). Homme 11 ans. Séro positif.

A bu du lait de chèvre et mangé du fromage de chèvre contaminés. Le père et la mère ont été atteints.

Début apparent imprécis : février 1910.

Durée de séjour au lit, forme ambulatoire.

Durée de la maladie en évolution.

Forme atténuée. Sueurs nocturnes légères. Pas de constipation. Appétit bon.

Arthralgies légères du coude et du genou. Desquamation. Pas de chute de cheveux. Pas d'épistaxis. En mars, éruption de larges taches irrégulières, jambonnées, avec desquamation fine sans démangeaison. Asthénie.

Observation X

Cantaloube. In-*idem*.

V. A... (Sumène). Petit garçon de 7 ans.

Boit du lait de chèvre. Une chèvre positive, qui a mis bas aux environs de Noël.

Début apparent : le 5 janvier 1910.

Durée de la maladie : 3 mois.

Depuis environ un mois, l'enfant maigrissait, mais l'appétit était normal. Le 5 janvier, à l'école, l'enfant se trouve mal. Température 39°2. Toux légère, quelques rôles sibilants à la base droite. Du 5 au 15 janvier, quelques gargouillements de la fosse iliaque, qui est un peu douloureuse ; la fosse iliaque gauche l'est aussi, mais moins. Rate grosse et douloureuse. Foie congestionné.

Constipation du 5 au 21, sauf diarrhée les 7, 8, et 9, diarrhée fétide. Pas d'épistaxis, Bronchite légère diffuse.

La température qui est progressivement tombée de 39°2 à 38, reste à la normale à partir du 10e jour.

L'enfant se lève au bout de 16 jours et peu à peu reprend des forces.

Peu de sueurs. Pas d'épistaxis.

Le 2 février, à 10 heures du matin, *convulsions*, qui du-

rent 5 minutes. Le 4 février a plusieurs convulsions, la première à 7 heures et demie du matin ; à la fin de la convulsion, qui a duré 10 minutes environ, il s'est plaint d'un violent mal de tête ; la seconde à 3 heures du soir, la troisième à 4 heures du soir ; s'est encore plaint de la tête, la quatrième, aussitôt après ; la cinquième à 8 heures du soir ; celle-ci a été plus longue.

Observation XI

Cantaloube. In-*idem*.

P. R..., (Saint-Romain). Homme 12 ans. Séro positif.

Buvait du lait cru. Trois chèvres avortées, couvertes dans une ferme contaminée.

Début apparent le 25 août 1909.

Durée de séjour au lit : 5 à 6 jours.

Durée de la maladie : 5 mois.

Début le 25 août, après quelques jours de malaise, par de la céphalée frontale. Cette *céphalée* dure 8 jours et s'accompagne de *sueurs nocturnes profuses*, jusqu'en septembre. Constipation marquée. Appétit nul jusqu'en novembre.

Talalgie gauche ; arthralgie du cou-de-pied gauche et du genou gauche. Sciatique gauche légère. Ces diverses algies ont apparu successivement et duré chacune une quinzaine de jours. Douleurs erratiques le long des membres. Epistaxis le 20 août. Pendant trois fois, il saigne un plein mouchoir.

Sommeil toujours bon.

Bouffissure généralisée de février à avril 1910. Desquamation légère, surtout à la face. *Asthénie. Chute de cheveux. Diminution de l'acuité visuelle.* Pas de troubles auditifs.

Observation XII

Cantaloube. In-*idem*.

S. ... (Sumène). 5 ans. Séro positif.

Usait du lait cru et du fromage de chèvre.

Début apparent imprécis en février 1909.

Durée du séjour au lit : forme ambulatoire.

Durée de la maladie : imprécise : 4 mois.

Cette malade, qui n'a jamais gardé le lit a éprouvé au cours de sa maladie, une lassitude un malaise continuels.

Sueurs nocturnes, non fétides, modérées.

Constipation. Appétit variable.

Douleurs erratiques légères, visitant tous les membres.

Diminution de l'acuité visuelle. Chute de cheveux. Pas de desquamation. Facies caractéristique.

Observation XIII

Cantaloube. In-*idem*.

F. E..., (Gorniès). Homme 13 ans. Séro positif.

Buvait du lait cru et mangeait des fromages de chèvres.

Début apparent en juin 1909.

Durée du séjour au lit : quelques jours (4 jours).

Durée de la maladie, 5 mois.

Début insidieux en juin, malaise, frisson, lassitude. Température 39°. *Epistaxis* très abondante, durant 3 heures ; les épistaxis se sont reproduites à diverses reprises, mais avec moins d'intensité.

Sueurs modérées, nocturnes, non fétides.

Constipation avec période de diarrhée. Bon appétit, plutôt exagéré. Arthralgie des genoux, douleurs dans la conti-

nuité des membres inférieurs. Asthénie. Desquamation des mains. Bouffissure. Pas de chute de cheveux ni d'orchite. Pas de troubles visuels ni auditifs.

Observation XIV

Cantaloube. In-*idem*.

F. M... (Gorniès). 8 ans. Séro positif.

Arthrite séreuse de la cheville gauche, tombée malade en août. Peu de sueurs et de constipation.

Observation XV

Idem.

P. F..., 12 ans. Homme. Séro-positif.

Tombé malade en août. Douleur dans continuité des membres. Peu de sueurs et de constipation. Chute de cheveux.

Observation XVI

Idem.

Et..., 3 ans. Séro positif.

Arthralgie du genou droit.

Observation XVII

(Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Grenier.

Joséphine, âgée de 12 ans, domiciliée avec sa famille à Saussan (Hérault), tombe malade le 3 avril 1909, une semaine environ après son père et trois semaines ou un mois avant sa mère.

On diagnostique comme chez ceux-ci une typhoïde légère, et traite par le régime liquide et le pyramidon.

La maladie évolue d'une façon très bizarre et déconcertante, sans taches rosées, sans diarrhée, mais au contraire avec de la constipation, sans délire ni phénomènes généraux marqués. Il y a des sueurs abondantes, ne coïncidant pas généralement avec l'action du pyramidon, une température irrégulière, jamais très élevée (39° au plus), avec des chutes thermiques durant plusieurs jours et suivies d'ascension très nette.

L'état s'améliore peu à peu et vers fin juin, la malade est en convalescence. Assez affaiblie, elle est bien remontée par un traitement à l'arsenic. Le 10 novembre de la même année, cette fillette présente tous les symptômes d'une coxalgie assez avancée : claudication, douleur, rotation externe et allongement très marqué, ensellure, raideur articulaire. On prescrit l'immobilité au lit, d'autant que la malade n'a pas de fièvre.

Sa mère raconte d'ailleurs qu'en septembre et en octobre, la fillette a déjà eu à la même hanche deux poussées douloureuses, qui se sont assez vite atténuées, mais sans disparaître complètement. Au bout d'un mois, voyant que l'état est stationnaire et craignant malgré tout une affection organique, on envoie la malade à M. le professeur Estor, le 9 décembre 1909. Après examen, M. Estor se prononce pour une coxalgie vraie, et prescrit un appareil inamovible. Mais l'indécision des parents fait traîner les choses une quinzaine de jours, et à ce moment, il y a une telle amélioration qu'on décide d'attendre ; en effet, une semaine après environ, la guérison est complète et, à l'heure actuelle (août 1910), la fillette se porte toujours très bien.

Voulant savoir d'une façon certaine, à quoi s'en tenir,

on prélève alors le 28 février 1910, un échantillon du sang de la petite malade, on le fait examiner et on constate la séro-réaction très nette aux bacilles melitensis.

Observation XVIII

(Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Grenier.

Marius P..., frère de la précédente, domicilié également à Saussan, se plaint presque subitement vers le milieu d'avril 1909 de douleurs très vives dans l'articulation tibio-tarsienne droite. On constate de la fièvre et prescrit le repos au lit, des applications de teinture d'iode et de la compression ouatée.

Au bout d'une huitaine de jours, le 22 avril 1909, M. le professeur Estor conclut, après examen, à une arthrite bacillaire. On décide de faire entrer le petit malade à l'hôpital pour faire une ponction suivie d'injections modificatrices. Mais durant les démarches nécessaires pour l'admission à l'hôpital, l'arthrite s'atténue et disparaît dans une semaine environ.

Quinze jours après la guérison, nouvelle poussée articulaire fébrile dans le genou gauche. On prescrit à nouveau l'immobilité et la compression ouatée et la guérison est complète dans une huitaine de jours.

Ce n'est que plus tard, lors de la pseudo-coxalgie de la sœur, qu'on soupçonne la nature irritable de ces manifestations. En effet, l'examen du sang, prélevé le 13 février 1910, c'est-à-dire huit mois environ après la guérison, donne encore le séro-diagnostic positif des bacilles melitensis.

Observation XIX

Fièvre de Malte (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt.

Mlle I. C..., âgée de 9 ans, d'une santé générale excellente, sans antécédents héréditaires fâcheux, est prise, à la campagne, de fièvre et de malaises généraux : courbature, céphalalgie, perte d'appétit. Cet état persiste pendant huit jours, et s'accentue progressivement.

Au moment du premier examen, les parents de l'enfant racontent que ces phénomènes débutèrent, alors qu'elle venait de passer deux mois au grand air, dans un excellent état de santé ; l'enfant se plaignit subitement, un soir, de fatigue générale et de courbature ; le lendemain, les mêmes phénomènes persistent en s'accentuant ; la fièvre s'élève à 39°2, l'appétit est nul, pas de vomissement, constipation qui dure depuis plusieurs jours, pas de toux ni d'expectoration ; céphalalgie, abattement. Pensant à un simple embarras d'estomac, l'enfant est mise à la diète et purgée. Les jours suivants, l'état reste le même ; en outre, il est survenu quelques épistaxis. La fièvre oscille régulièrement entre 38 et 39 degrés.

Le septième jour, l'enfant est ramenée en ville, et voici quelles sont les constatations qu'il nous est permis de faire :

25 septembre 1909. L'enfant est couchée dans son lit, se plaignant d'une grande lassitude générale ; l'expression de la physionomie est bonne, la parole claire et nette. La température est à 38°. L'appétit est nul, la langue fortement saburrale. Pas de vomissement ; constipation opiniâtre, cédant difficilement aux lavements qui ont été administrés dès le début de la maladie. L'abdomen est légère-

ment ballonné, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite, le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés ; aucune douleur à la palpation de l'abdomen. L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal ; percussion, palpation, auscultation des poumons, restent négatifs. Le cœur est bon, bruits bien frappés, 112 pulsations à la minute. Pas de symptômes nerveux ; réflexes oculaires normaux, rotation également. Les urines sont peu abondantes, mais claires et limpides ; elles ne renferment pas d'albumine.

En résumé, toute la symptomatologie se concentre sur la langue, fortement saburrale, la constipation, l'anorexie, la fièvre, l'asthénie.

Bien que l'enfant ne présente aucun symptôme précis de dothiénentérie, il est difficile de ne pas porter ce diagnostic, tout au moins d'attente, et bien qu'il ne satisfasse pas complètement l'esprit.

30 *septembre*. Pendant les 5 jours écoulés, les phénomènes sont restés absolument stationnaires. Même langue sale, même constipation qui ne cède qu'à des doses élevées d'huile de ricin. Même abattement. La température s'est atténuée ; elle oscille depuis ces 5 jours, entre 37°5 et 38°5. Aucun symptôme nouveau ne vient confirmer le diagnostic. L'abdomen, quoique ballonné, est toujours souple, sans gargouillement dans la fosse iliaque ; foie et rate non hypertrophiés ; pas de taches rosées. Poumon et cœur normaux.

5 *octobre*. La situation n'a pas changé bien que la température ait une tendance marquée à s'abaisser. Le maximum dans ces derniers jours a été de 38°2 ; le matin, la température est entre 37 et 37°5 ; la constipation est toujours aussi opiniâtre, la langue toujours très saburrale ; l'état général est le même, pas de tuphos, mais asthénie très prononcée ; l'enfant reste immobile dans son lit,

sans s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, mais répond très bien aux questions qu'on lui pose.

10 *octobre*. La marche de la maladie continue à suivre la même tendance générale ; la température le matin, entre 37 et 37°5, et le soir entre 37°5 et 38°, a fortement baissé depuis le début de la maladie ; les mêmes phénomènes, langue sale, constipation, ventre ballonné, persistent ; l'état général est meilleur cependant : l'alimentation se fait mieux ; l'enfant arrive à prendre deux litres de lait par jour ; et l'asthénie est moins prononcée.

A défaut d'un autre diagnostic plus satisfaisant pour l'esprit, celui de fièvre typhoïde anormale paraît, malgré tout, le plus vraisemblable.

15 *octobre*. La température reste stationnaire entre 37 et 38°, comme auparavant ; les mêmes phénomènes persistent ; l'état général est meilleur ; l'enfant commence à s'amuser sur son lit et réclame à manger ; l'amaigrissement est un peu marqué.

Du 15 *octobre au* 10 *novembre*. L'état de l'enfant est resté absolument stationnaire, la langue est toujours fortement saburrale, la constipation ne cédant que très difficilement à des doses élevées d'huile de ricin ou de calomel, ou à des lavements énergiques. Aucun autre phénomène ne s'est produit ; la température est à peine au-dessus de 37° de quelques dixièmes, mais elle s'y maintient désespérément. L'état général s'est considérablement amélioré ; l'enfant constamment assise sur son lit, s'amuse, est gaie et réclame à manger ; une alimentation légère est autorisée.

Du 10 *au* 20 *novembre*. La langue s'est partiellement dépouillée de son enduit saburral ; la température est fréquemment au-dessous de 37°, mais atteint encore parfois

37°2, 3, 4. L'état général est bon. Seule la constipation persiste, aussi opiniâtre.

25 *novembre*. La température est au-dessous de 37° d'une façon régulière ; l'enfant se lève, est pleine d'entrain ; l'amaigrissement, quoique très manifeste, n'est pas considérable ; les cheveux tombent. L'alimentation se fait bien ; la constipation persiste.

10 *décembre*. La guérison paraît bien acquise, malgré la constipation qui persiste, quoique moins intense.

20 *décembre*. La constipation cède et l'enfant reprend son existence normale, complètement guérie.

En résumé, l'observation précédente est intéressante par ce fait que le diagnostic de fièvre de Malte ne fut pas porté pendant la durée de la maladie. Si la maladie fut rangée dans le groupe des typhoïdes anormales, en réalité, ce fut toujours un diagnostic hésitant qui, en l'absence d'un autre meilleur, laissa toujours subsister le doute.

Au mois de février, le séro-diagnostic de Wright, pratiqué par M. le professeur agrégé Lagriffoul, vint lever ces hésitations. La séro-agglutination rétrospective fut très positive pour le micrococcus mélitensis et négative pour l'Eberth. Il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'une fièvre de Malte ayant évolué avant la période où l'attention des médecins fut attirée sur cette maladie ; remarquons néanmoins, en outre de la bénignité de la maladie, sur laquelle nous aurons à revenir, la faible élévation de la température, l'absence de sueurs, des névralgies et de toute complication.

L'enquête étiologique n'a pas permis de retrouver le mode de contagion ; quinze jours avant de tomber malade, l'enfant avait fait un séjour d'une huitaine de jours aux environs de Ganges, et il n'a pas été possible de savoir

quel régime elle avait suivi pendant ce temps, ni d'où provenait le lait qu'elle avait absorbé.

Observation XX

Fièvre de Malte bénigne (Inédite)
Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt.

Le jeune C. L..., âgé de 9 ans, jouit d'une excellente santé habituelle. Normalement développé pour son âge, il n'a pas été malade. Ses parents sont bien portants.

Le 15 mars 1910, il est pris de malaise général ; très en train d'habitude et exubérant, il ne veut plus s'amuser et cherche à rester assis immobile. Ses parents n'ont rien remarqué d'anormal jusqu'à ce jour dans son attitude, excepté cependant que depuis une huitaine de jours, il travaille moins bien, moins facilement et qu'il se plaint parfois de maux de tête, qui ne l'empêchent pas néanmoins de bien dormir. Son appétit serait également diminué depuis quelques jours.

L'enfant ne se plaint de rien, il n'éprouve aucune douleur nulle part sauf de la tête ; il est abattu, immobile dans son lit. Il n'a pas d'appétit, ne veut rien prendre, n'a pas vomi, est très constipé ; la langue est fortement saburrale. L'abdomen est souple, nullement ballonné. Poumons normaux. Cœur normal ; pulsations : 108.

Pendant les jours qui suivent, la situation du malade reste la même ; toujours langue saburrale, constipation opiniâtre, asthénie très marquée, sans tuphos ; les autres appareils restent absolument normaux.

Pendant toute la durée de la maladie, 20 mois, la symptomatologie est restée absolument et désespérément la même. Langue sale, constipation opiniâtre, ne cédant qu'à de grands lavements, perte d'appétit, asthénie extrême.

Sur cet état invariable, sont venues se greffer des manifestations de peu d'importance qu'il nous suffira de signaler pour compléter l'histoire de la maladie.

Le 25 mars, surviennent des sueurs profuses, se produisant exclusivement la nuit, généralisées à tout le corps, qui persistèrent jusqu'aux environs du 1er mai, fatigant beaucoup le malade.

Le 1er avril. — Eruption scarlatiniforme intense généralisée d'emblée, coloration rouge intense ; la langue n'en est pas moins toujours saburrale et ne ressemble en rien à une langue scarlatineuse. Cette éruption disparaît en trois jours, et s'accompagne d'une desquamation abondante.

Le 29 avril. — Douleurs vives dans les membres inférieurs, siégeant aussi bien dans les masses musculaires de la cuisse et de la jambe, que dans les articulations de la hanche et du genou. Les mouvements des membres ne sont en rien diminués ; ces mouvements n'exagèrent pas les douleurs.

Tous ces phénomènes rétrocèdent progressivement, et une huitaine de jours après le début, il n'en reste plus de traces.

En dehors de ces phénomènes, ce n'est que deux mois environ après le début que la température s'abaisse définitivement au-dessous de 37°, que la constipation cède, et que l'état général devient meilleur. Une alimentation légère, reprise dès le début de la maladie, avait été bien supportée. Le plus particulier à noter est l'absence complète de la température durant toute la maladie, plutôt au-dessous de la normale. Le séro-diagnostic de Wright, pratiqué par M. le professeur agrégé Lagriffoul, donne un résultat positif pour le mélitensis, négatif pour l'Eberth, dès le huitième jour de la maladie.

L'enquête étiologique reste sans résultats :

Cet enfant n'avait quitté Montpellier, avant d'être malade. A aucun moment d'ailleurs, il n'avait bu de lait cru, ni mangé de fromage frais. Dans l'entourage immédiat du malade, il n'existait aucun cas de Fièvre de Malte.

Observation XXI

(Inédite)

Fièvre de Malte

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt.

Constipation. Asthénie. Pleurésie avec épanchement. Guérison.

Mlle S..., 15 ans, jouit d'une santé habituelle satisfaisante. Elle n'a jamais été sérieusement malade. Ses parents sont en bonne santé.

Depuis une huitaine de jours elle éprouve une douleur assez vive à la base gauche du thorax sur la ligne axillaire. Aucun autre phénomène sauf une constipation très opiniâtre à laquelle se joint une perte complète d'appétit et une asthénie très marquée. Depuis quelques jours elle a un peu de fièvre le soir. Son état général est conservé satisfaisant.

Le 18 mars 1910, voici quels sont les phénomènes que l'on constate. Cœur et poumon normal. Abdomen souple, pas de gargouillements. Foie et rate normaux. Rien dans la gorge. Aucune réaction nerveuse ; les seuls phénomènes positifs constate. Cœur et poumon normal. Abdomen souple, pas de gue saburrale, constipation, température 38°2. Pouls, 110 pulsations.

Du 18 mars au 27 mars, ces phénomènes persistent les mêmes, sans aucun changement ; un examen complet quotidien ne révèle rien d'anormal, en dehors des phénomènes déjà signalés. Le point de côté a cédé ; pas de sueurs ; la

température oscille entre 37°5 et 38°5, avec quelques dixièmes de rémission le matin ; le maximum d'élévation est toujours obtenu vers midi. Le séro-diagnostic de Wright, pratiqué par M. le professeur agrégé Lagriffoul, est positif et négatif pour l'Eberth.

Le 29 *mars*, la température se maintient au même degré. Les phénomènes sont les mêmes que les jours précédents. On constate en outre, à la percussion du thorax en arrière, à gauche et à sa partie inférieure, une légère submatité. Les vibrations ne sont pas perçues ni d'un côté ni de l'autre ; à l'auscultation on constate un souffle moelleux, voilé, lointain, à la partie tout à fait inférieure du thorax. A ce niveau, il existe également de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone ; ces signes se perçoivent sur une très faible étendue, et tout à fait à la base.

30 *mars* 1910. Mêmes phénomènes pulmonaires plus étendus que la veille ; le souffle s'entend dans tout le quart inférieur de la poitrine du coté gauche en arrière ; aucun autre symptôme.

Du 1er avril au 15 avril, évolue d'une façon tout à fait typique un épanchement pleural ; les signes précédemment énumérés s'étendent peu à peu jusqu'à l'angle de l'omoplate. La moitié supérieure du poumon gauche respire normalement et ne présente aucun phénomène anormal. La température a baissé progressivement. Elle oscille entre 36°8 le matin, et 37°6 le soir. L'état de la langue, la constipation, l'asthénie persistent tels qu'au début.

Du 15 *au* 30 *avril*, les signes décrits précédemment diminuent peu à peu ; la sonorité revient progressivement à la base gauche ; à la percussion, le souffle ; la bronchophonie, le pectoriloquie aphone diminuent également d'étendue.

Le 1er *mai* 1910, il n'existe plus aucun signe de pleurésie ; la respiration s'entend jusqu'à la base, quoique encore un peu diminuée ; la température, l'état de la langue, la constipation se maintiennent.

Le 5 *mai* 1910. La pleurésie est définitivement disparue, la respiration redevenue normale à la base gauche. Malgré cela, la température persiste ; elle monte parfois le soir à 37°8 et 9. L'auscultation quotidienne et attentive des poumons, et des sommets en particulier, ne révèle aucune trace de bacillose. Malgré le séro de Wright positif, ne doit-on pas soupçonner un tel diagnostic ?

Du 6 *au* 30 *mai* 1910, la situation de la malade ne se modifie pas ; les deux poumons respirent d'une façon absolument normale ; la température a une tendance marquée à descendre d'une façon progressive. Elle oscille entre 36°5 et 37°2-3, le soir. L'état général est redevenu meilleur ; la malade s'alimente bien et peut sortir au grand air. La langue est meilleure, mais la constipation persiste.

Le 10 juin, la malade part pour la campagne. La température atteint parfois encore 37 degrés le soir ; l'entrain, l'appétit sont revenus. La constipation seule persiste.

Cette malade revue au mois de novembre, est complètement guérie. Pendant son séjour à la campagne, elle a engraissé, a repris son état général antérieur et la constipation a disparu.

Au point de vue étiologique, cette jeune malade n'a jamais absorbé du lait de chèvre non bouilli, jamais de fromage, seul le beurre pourrait être incriminé.

Observation XXII

(Inédite)

Fièvre de Malte grave. — Mort

Communiquée par MM. Stoltz et Leenhardt.

Od. R..., 4 ans, est une enfant très nerveuse, dont la mère est neuro-arthritique et le père robuste. Au mois de février 1910, sans aucune fièvre, cette enfant donne des signes d'asthénie progressive, qui sont attribués à sa croissance très rapide ; elle joue avec ses frères et sœurs, mais se fatigue vite et se réfugie sur les genoux de sa mère, où elle s'assoupit, ou demande à se coucher. Cet état persiste jusqu'à fin avril, avec des alternatives de vie normale et des périodes d'abattement. Elle présente en même temps une constipation assez intense ; nous la purgeons à plusieurs reprises au calomel et lui faisons prendre dans l'intervalle du sirop iodotannique phosphaté. L'appétit est très capricieux.

Le 2 mai, en présence d'une légère ascension de température (38°), suivie de sueurs profuses, nous prélevons quelques gouttes de sang ; examiné par M. le professeur agrégé Lagriffoul, il donne un séro de Wright positif. Dans les jours qui suivent, l'enfant qui se refuse à toute réponse nette, paraît souffrir violemment de la tête et du thorax ; elle gémit au moindre mouvement et pousse des cris perçants quand on essaie de la mobiliser sur son lit. La température atteint 39° le 6 mai ; elle retombe graduellement à la normale, en lysis le 10 mai grâce à l'absorption quotidienne de 0,60 centigrammes de cryogénine en 4 prises. L'apyrexie dure deux jours avec absence de tout symptôme morbide, sauf l'insomnie à peu près absolue et la constipation.

Le 13 mai, la fièvre se rallume et à dater de ce jour, les phénomènes se précipitent ; c'est la toxémie suraiguë, que rien ne peut enrayer. L'enfant a du spasme de la glotte et refuse toute nourriture ; on ne lui fait accepter qu'à grand'peine quelques gorgées de champagne ; elle tient les yeux obstinément clos, gémit sans cesse ; la température s'élève à 39°5 et s'y maintient pour ne redescendre que de quelques dixièmes le matin ; les urines sont rares, chargées d'urates, mais ne contiennent pas d'albumine ; la langue est rôtie, la peau brûlante ; il y a de la carphologie, de la dyspnée continue, avec plusieurs crises paroxystiques par jour, crises s'accompagnant de tirage sus-sternal et soubresauts des tendons. La thérapeutique se borne à injecter 150 centig. de sérum artificiel par jour et 10 centig. d'électrargol tous les deux soirs ; dans l'intervalle on donne un bain à 32° toutes les 3 heures.

Du 13 au 20 mai, il n'y a que deux selles peu abondantes et fétides. Malgré le traitement, l'adynamie ne cesse de progresser ; l'amaigrissement est extrême, la fièvre intense. Le cœur affolé, embryocardique, bat de 140 à 160 pulsations ; on injecte 0.25 centigr. de caféïne par jour et 5 centig. d'huile camphrée.

Le 21 mai, semble se produire une crise dont la petite malade ne peut faire les frais :

Mictions fréquentes et abondantes, sueurs profuses, deux selles dans la nuit, mais le matin, l'enfant a des soubresauts violents, du mâchonnement ; elle pousse plusieurs cris aigus ; ses yeux ouverts, à larges pupilles sans réaction, ne paraissent pas voir et elle meurt après avoir eu deux courtes syncopes.

Observation XXIII

Fièvre de Malte
Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt.

Le jeune C. P..., âgé de 3 ans et demi est un enfant dont le développement a été toujours normal jusqu'à la maladie actuelle. Rien à signaler dans ses antécédents. Il a 5 frères ou sœurs, tous bien portants.

Il y a deux mois et demi, il a été pris de fièvre légère, de constipation et de sueurs abondantes surtout la nuit, localisées à la tête. A ce moment, il eut plusieurs épistaxis peu abondantes. Il n'a pas dormi, son appétit est resté intact ; il est enfin aussi gai et en train que d'habitude. Depuis deux mois et demi, ces manifestations persistent, identiques à elles-mêmes.

Au moment où nous l'examinons, le 6 juillet 1910, l'enfant est dans un état général satisfaisant ; il a cependant assez fortement maigri ; la température est à 37°9 ; depuis le début, la température, prise deux fois par jour, régulièrement, oscille entre 37 et 38 degrés, avec quelques journées isolées de chute au-dessous de 37 degrés. La langue est fortement saburrale, rouge sur les bords ; l'abdomen légèrement ballonné, quoique souple. La constipation est opiniâtre depuis le début et ne cède qu'à de grands lavements. Foie et rate normaux. L'examen des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal ; le pouls bat à 96.

Nous portons le diagnostic clinique de fièvre de Malte. Un séro-diagnostic de Wright positif, pratiqué par M. le professeur agrégé Lagriffoul, vient confirmer ce diagnostic.

Nous n'avons pu revoir ce malade, mais nous avons pu être renseigné sur l'évolution de sa maladie. Au commen-

cement du mois d'août, la fièvre a cédé progressivement et lentement. La constipation a persisté jusqu'à la fin du mois, mais a cédé à ce moment, et la guérison complète s'est réalisée après cinq mois de maladie.

Le mode de contagion ne paraît pas être plus facile à retrouver dans ce cas que dans bien d'autres ; le seul détail intéressant à noter est que six mois avant le début de la maladie, l'enfant avait absorbé du lait de chèvre non bouilli en assez grande quantité, pendant un long séjour à la campagne.

Observation XXIV

Fièvre de Malte
Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt.

Le jeune F. P..., âgé de quatre ans et demi, jouit d'une bonne santé générale ; il n'a jamais été malade, en dehors d'une tendance à de fréquentes bronchites, dont il s'est toujours bien guéri. Frères et sœurs bien portants. Père et mère en bonne santé.

Dans les premiers jours du mois de juin, cet enfant est pris de troubles digestifs avec élévation de température. Pendant 36 heures, il vomit tout ce qu'il prend ; ces vomissements ne cèdent qu'à la diète hydrique absolue ; en même temps, il est constipé, alors que ses gardes-robes étaient très régulières jusqu'à ce moment.

La température est, pendant les deux premiers jours, de 38°5 à 39 degrés. Puis, dans les jours suivants, elle oscille entre 37°5 et 38°5. L'état de l'enfant pendant les dix jours qui suivent le début, est caractérisé par les rares symptômes suivants : température 37°5 à 38°5, langue saburrale, constipation, appétit disparu, asthénie.

Au 15 juin, les phénomènes digestifs paraissent s'amen-

der ; la langue est moins fortement chargée, la constipation moins rebelle ; quelques selles sont obtenues spontanément. Pas de sueurs. L'enfant recommence à s'alimenter volontiers, et l'entrain revient, l'asthénie diminue ; seule la température persiste d'une façon régulière, entre 37°2 le matin, et 38 degrés à 38°5, le soir.

Le 30 juin, l'enfant a maigri d'une façon très manifeste ; il est pâle, défait. La température se maintient au même degré ; tous les autres symptômes ont disparu ; les selles reviennent spontanément chaque jour, matières normales et bien digérées. La langue est presque complètement nettoyée. L'asthénie a disparu également ; l'enfant est très gai.

Le séro-diagnostic de Wright, pratiqué par M. Lagriffoul, est négatif.

Le 15 juillet 1910, l'enfant est dans le même état : température oscillant régulièrement chaque jour entre 37°2 le matin et 38°2 le soir. A trois reprises cependant, pendant ces quinze derniers jours, la température a atteint, le soir, 38°7, 39°2 et 38°8. Les fonctions digestives s'opèrent normalement. L'appétit est bon, l'entrain satisfaisant, mais l'aspect de l'enfant est toujours défectueux ; il est pâle, défait, amaigri. Il part pour la montagne, à 1.000 mètres, comme chaque année.

15 septembre 1910. — A son retour, l'enfant est dans le même état qu'au départ ; alors que d'habitude, ces séjours de montagne le font engraisser et lui donnent de bonnes couleurs, il n'en est rien cette fois ; il a augmenté de 200 grammes sur son poids de départ ; en outre, la température s'est maintenue, avec, à deux reprises, des élévations plus fortes, pendant deux ou trois jours. Les fonctions digestives se font normalement ; l'enfant est plein d'entrain et a bon appétit.

Un nouveau séro-diagnostic, pratiqué par M. le professeur agrégé Lagriffoul, est positif, cette fois, confirmant enfin le diagnostic clinique porté, toujours celui de fièvre de Malte ; l'examen de tous les appareils, attentif et répété, n'ayant jamais permis de soupçonner une lésion plus ou moins latente du poumon ou du tube digestif.

15 octobre. — L'état de l'enfant est toujours le même ; la température s'est encore élevée à plusieurs reprises au-dessus de 38 degrés ; elle oscille habituellement entre 37 et 38 degrés, en légère baisse, en moyenne, sur le mois précédent.

15 novembre. — L'enfant paraît engraisser ; sa mine est plus colorée, l'état général plus satisfaisant ; la température ne monte qu'exceptionnellement au-dessus de 37 degrés. L'entrain et l'appétit sont excellents.

1er décembre. — L'enfant a engraissé, la fièvre a disparu, les digestions sont normales, la langue propre. L'enfant paraît guéri, mais cet état satisfaisant est trop récent pour qu'on puisse affirmer la guérison.

Au point de vue étiologique, il n'est pas possible de retrouver quelque cause que ce soit, parmi les plus habituellement signalées. La contagion de cet enfant ne peut s'expliquer qu'en admettant des causes, non encore décrites, telles que l'eau de boisson ou l'alimentation.

Observation XXV (*inédite*)

Donnée par M. le docteur Blaufus.

E. B..., 12 ans, service de Monsieur le professeur Baumel.

Antécédents personnels. — Rougeole.

La maladie a commencé dans les premiers jours de mars par un syndrome douloureux, assez accentué : maux

de reins, douleurs articulaires, céphalalgie intense. L'enfant était, de plus, très énervé. En même temps, sueurs profuses, quelques nausées, langue blanche et saburrale, tendance assez prononcée à la constipation. Pas de fièvre, pas d'autres troubles fonctionnels ou de signes physiques.

Vers le 15 mars, rien n'est changé au tableau, assez fruste, de la maladie suivie ; les sueurs, très prononcées, et la constipation, qui a pris un caractère opiniâtre, et sur qui ni lavements, ni suppositoires, n'ont d'effet. La malade rend d'abord quelques glaires, puis plus rien. Le ventre est alors très ballonné et très tendu. Il faut employer du purgatif énergique, qui ne donne que des résultats très précaires. La langue est blanche et saburrale.

Toujours pas de température anormale ; le pouls est fort et bien frappé, mais la malade se plaint de palpitations, parfois même de vives douleurs dans la région précordiale. L'asthénie est assez prononcée pour que la malade s'obstine à garder le lit. Lorsqu'elle se lève, elle accuse des vertiges et des bourdonnements d'oreilles, une douleur confuse dans l'hypochondre gauche (région de la rate) et au niveau du creux de l'estomac ; pas de vomissements, mais quelques nausées.

Pollakiurie, mais la quantité totale de l'urine recueillie dans 24 heures est moindre que la normale. Au point de vue de l'examen, on trouve seulement des traces de sucre.

Toujours phénomènes douloureux du côté des jointures. Cet état dure douze jours, puis, spontanément, dans son lit même, et avec de violentes coliques, la petite malade rend une selle abondante, formée de matières très dures, sans aucune odeur. La prise de 30 grammes d'huile de

ricin amène de nouvelles selles, plus molles et moins douloureuses.

Les jours suivants, le ventre a repris son aspect normal ; la malade se sent bien mieux et reprend peu à peu son état normal. Mais, pendant sa maladie, elle a maigri de deux kilogrammes, et garde encore des palpitations douloureuses, avec arythmie légère. La maladie a duré à peu près deux mois.

Le séro-diagnostic de Wright a été positif le 8 avril au 1/90.

Au point de vue étiologique et pathologique, il faut signaler le séjour de la petite malade au Vigan, quelque temps avant le début de la maladie. Elle y aurait bu du lait de chèvre.

Observation XXVI (*inédite*)

(Personnelle)

Ch... Henri, 12 ans et demi, dans le service de M. Baumel, pendant que M. Leenhardt en faisait la suppléance.

Pas d'antécédents personnels.

Est malade depuis une dizaine de jours.

Au début, lassitude légère, inappétence, un peu mal à la tête ; constipation, faiblesse dans la jambe, quelques douleurs dans les articulations. Etat nauséeux accentué, et même quelques vomissements, sans caractères particuliers ; sueurs abondantes ; n'a pas saigné du nez. La constipation aurait cédé à un lavement.

27 août. — Anorexie, ni vomissements, ni nausées. La langue est revêtue complètement d'un enduit saburral épais et fétide. Le ventre est douloureux à la pression, particulièrement dans la région de la fosse iliaque droite, où la pression profonde fait constater la présence de gargouillements. Pas de taches rosées. Diarrhée abondante.

Le malade tousse, surtout le matin, au réveil ; trachéo-bronchite légère, avec congestion des deux bases.

Céphalée persistante ; quelques vertiges ; sommeil meilleur ; pas de troubles nerveux. Ischémie marquée ; le malade parle peu. Les deux bruits cardiaques sont très assourdis, et l'on a de la peine à entendre la systole. Le malade urine peu, tout au plus un litre. Les urines sont fortement colorées en rouge et chargées en phosphates ; ni albumine, ni sucre.

Très mauvais état général. Enfant maigre ; sueurs excessivement abondantes ; fièvre élevée à 39°5.

On prescrit le bain et de la digitale. Les jours suivants, la température est progressivement descendue ; l'asthénie cardiaque est moins prononcée, mais la diarrhée a fait place à la constipation.

Le 5, très forte élévation de température, 39°6, coïncidant avec une poussée douloureuse dans les articulations du coude et du poignet. Le cœur bat moins bien, le pouls est faible, par moment inégal ; sueurs profuses.

Le lendemain, sous l'influence d'un lavement huileux, débâcle stercorale et chute de la température à 36°9.

Le cœur reste toujours un peu faible.

Le 9, nouvelle ascension thermique, à 39 degrés, coïncidant avec une nouvelle rétention intestinale: La température retombe, le lendemain, à 37°3.

Depuis, alternative de diarrhée et de constipation ; pendant cinq jours, il y a des oscillations thermiques assez prononcées ; puis, elles diminuent d'amplitude, en même temps que la langue devient meilleure et se dépouille, que l'élimination urinaire se fait mieux, que les fonctions digestives se rétablissent.

Le 20, l'apyrexie complète est obtenue. Les jours suivants, le petit malade fait, certains jours, une fébricule

légère, mais la convalescence évolue normalement, et il quitte l'hôpital après six semaines de maladie, complètement guéri.

Le séro de Widal a été négatif au 1/30, et le séro de Wright positif au 1/50.

Au point de vue étiologique, il n'y a rien qui soit intéressant à signaler. Le malade n'a pas bu du lait de chèvre.

Observation XXVII (*inédite*)
Personnelle

H... Berthe, 6 ans, service de M. le professeur Baumel, pendant que M. Leenhardt en faisait la suppléance.

Nous donnons ici le résumé de l'observation de cette petite malade, qui fut amenée à l'Hôpital pour constipation et vomissements répétés, avec amaigrissement assez accentué. La langue était blanche et saburrale. A aucun moment, elle ne présente de phénomènes thermiques anormaux, ni de signes cliniques pouvant mettre une étiquette diognostique sur les troubles qu'elle présente. L'enfant reste triste et continue à vomir, dans des intervalles assez éloignés, des gorgées de bile.

L'examen physique ne révèle rien.

Le séro-diagnostic de Wright, fait par M. Anglada, reste négatif d'abord, puis, au bout d'une semaine, devient franchement positif.

Au bout de deux mois, guérison complète de l'enfant, sans aucun traitement, sauf diète lactée.

BIBLIOGRAPHIE

I. Voir, pour ce qui concerne la fièvre de Malte en général :

CANTALOUBE. — La fièvre de Malte en France. Maloine, 1910.

ROGER. — Revue générale, dans la Gazette des Hôpitaux, 1910.

GOUGET. — Journal des Praticiens, 18 février 1910.

RAUZIER. — Province Médicale, 1910.

WURTZ. — La fièvre de Malte en France. Revue scientifique, 28 décembre 1909.

II. Et pour la fièvre de Malte infantile :

HUTINEL. — Maladies des enfants.

HAUSHALTER. — Fièvre méditerranéenne chez un enfant de trois ans. Province médicale, 1908.

SOULIÉ. — Bulletin Médical de l'Algérie.

GILLOT et LEMAIRE. — Congrès de pédiâtrie et d'obstétrique. Alger, 1907.

GILLOT. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne.

CANTALOUBE. — *Loc. citato.*

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 décembre 1910.
Le Recteur,
ARL. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 décembre 1910
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.